CIMO
XXXI
CONGRESSO
NAZIONALE
ELETTIVO

#liberalaprofessione

Relazione del Presidente

FIRENZE
21-24
SETTEMBRE
2017

CIMO
XXXI
CONGRESSO
NAZIONALE
ELETTIVO

RELAZIONE DEL PRESIDENTE

FIRENZE
21-24
SETTEMBRE
2017

#liberalaprofessione

Gentili Autorità, gentili Ospiti, cari Amiche ed Amici CIMO,

dopo tanti anni di intensa attività sindacale nella Famiglia CIMO, mi è stato affidato l'onore, ma, soprattutto, l'onere di rappresentare un Sindacato di medici i cui 70 anni di storia sono la migliore testimonianza dell'impegno che CIMO profonde, ogni giorno, nel difendere e sostenere la professione medica.

Ho l'onore di succedere a Presidenti Illustri come Carlo Sizia e Stefano Biasioli, ma, soprattutto, l'onore di raccogliere il "testimone" da Riccardo Cassi con il quale ho condiviso questi Suoi otto anni di Presidenza, trovando in Lui un sicuro punto di riferimento ed un Amico leale e sincero.

È un compito gravoso, in un momento di dura crisi economica e sociale del nostro Paese, dove la sanità italiana, e quindi i pazienti e gli operatori sanitari, si sono trovati a pagare un prezzo troppo alto.

Pur nel principio generale di mantenimento dell'universalismo delle cure, l'Italia oggi mostra grandi difficoltà nel garantire la sostenibilità del sistema salute e le 21 sanità diverse hanno accentuato le diseguaglianze in termini di accesso alle cure, per effetto delle differenti organizzazioni dei servizi sanitari regionali.

Eppure ogni crisi economica ciclica rappresenta anche una opportunità di crescita per la collettività, a condizione che la stessa sia capace di analizzare i propri punti di forza e debolezza, eliminare gli eccessi e rilanciare il proprio futuro utilizzando il cambiamento come occasione di progredire.

Ciò che è venuto meno, in questi anni, è stato proprio il cambiamento strutturale per la mancanza di un progetto politico capace di coniugare le esigenze di economia con i reali bisogni di salute dei cittadini e, quando si è tentato di cambiare qualcosa, la sola politica dei tagli e l'autoreferenzialità delle Regioni lo hanno impedito.

Forse nessun attore (noi compresi) si è reso conto che i processi di cambiamento non devono essere subiti ma dominati ed è questo il motivo per il quale è giunto il momento in cui CIMO, con lo slogan congressuale #LIBERALAPROFESSIONE, intende avviare una nuova stagione sindacale, nella

consapevolezza che occorre essere protagonisti del proprio futuro se davvero vogliamo una sanità vicina ai bisogni di salute dei cittadini e, soprattutto, il medico quale vero protagonista del cambiamento.

#LIBERALAPROFESSIONE è rivolto:

- *a tutti i medici che intendono **liberarsi** dai troppi vincoli eterodiretti che penalizzano fortemente gli aspetti deontologici e professionali del nostro lavoro;*
- *a tutti i medici che intendono **recuperare** la propria autonomia nella diagnosi e cura del paziente, liberandosi finalmente da una medicina divenuta, oggi, troppo "amministrata";*
- *a tutti i medici che intendono **perseguire** la propria "mission" recuperando il rapporto di fiducia con il paziente attraverso un nuovo patto di reciproca solidarietà;*
- *a tutti i medici che intendono **svolgere** una "libera professione" veramente libera per evitare che gli apparati burocratici aziendali aumentino ulteriormente le liste di attesa;*
- *a tutti i giovani **precari** che intendono accedere ad un lavoro stabile qualificato e libero da ogni logica di sfruttamento;*
- *a tutte le **donne medico** che intendono uscire dalla vecchia alternativa famiglia o carriera e recuperare il godimento di quei diritti che l'attuale welfare non consente loro.*

Analisi del contesto

Volendo etichettare la sanità italiana con hashtag, le parole chiave più ricorrenti sono: tagli lineari, out of pocket, Regioni autoreferenziali, demotivazione professionale.

In questi anni il Ministero della Salute ha provato a fare la propria parte attraverso i LEA, il Patto della Salute, gli standard del DM 70/15, ma, con precisione chirurgica, le esigenze di bilancio hanno puntualmente vanificato l'implementazione di strumenti tesi a garantire la sostenibilità del sistema e la valorizzazione dei professionisti.

La storia dei tagli in sanità parte da lontano. Anno 2004 – Legge Finanziaria n. 311, sono fissati con 4 anni di anticipo rispetto alla crisi economica del 2008, i criteri e limiti per le assunzioni 2005-2007 ed economie di spesa di € 2.603 milioni.

Oggi assistiamo ad una sorta di "gioco dell'oca". Piccoli passi in avanti e poi arrivi alla casella 42, il labirinto, e torni indietro alla 39. Solo due esempi: il DEF 2013 prevedeva per il 2016 un FSN di 117,6 mld, ma la Legge di Bilancio del 2015 ne finanziò 111 mld e l'ultimo Decreto MEF del 5.6.17 ha ridotto il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard di 423 milioni di euro per il 2017 e di 604 per il 2018. Tutto questo per garantire "effetti positivi per la finanza pubblica" stimati complessivamente nella misura di 3,5 e 5,0 miliardi di euro rispettivamente per gli anni 2017 e 2018.

Ma ciò che davvero sconcerta, andando a ritroso negli anni, sono le ultime Leggi di Bilancio che, a partire dal comma 236 del 2016, al comma 541 del 2015, sino al famigerato comma 566 del 2014 hanno reso la sanità pubblica oggetto di vere e proprie "incursioni", di dubbia legittimità, che sono sconfinate anche nello stato giuridico del personale sanitario dipendente.

E, allora, quale sarà il futuro della sanità italiana?

Certamente le scelte che interesseranno la sanità italiana del prossimo futuro, soprattutto in termini di sostenibilità o di universalità delle cure o di dinamica tra domanda ed offerta, non possono prescindere da una preventiva analisi del sistema di protezione sociale del nostro Paese che non può garantire tutto a tutti ed è costretto a privilegiare piuttosto che alcuni settori al posto di altri. Un sistema di protezione, meglio definito come welfare di tipo Mediterraneo, incentrato fino ad oggi sulla famiglia che, attraverso gli anziani, i lavoratori, le badanti, ha creato una sorta di "scudo sociale" a protezione dei suoi componenti più deboli, affrontando direttamente problemi sociali quali la disoccupazione giovanile, la carenza di alloggi ed i bisogni assistenziali.

Il CENSIS quantifica, per il 2015, la spesa per il nostro sistema di protezione sociale nella misura di circa 447 miliardi, che corrisponde al 23,4% del PIL nazionale. In particolare la previdenza assorbe il 66,3% dei costi, la sanità il 23,5% e l'assistenza il 10,2%. Ma ciò che veramente colpisce è la previsione di spesa contenuta nel DEF approvata dal Consiglio dei Ministri nell'aprile

Analisi del contesto

del 2017 che stima, per il triennio 2018-2020, Il documento prevede una differente dinamica di crescita della spesa sanitaria (1,3%) rispetto al PIL nominale (2,9%). Questo significa una ulteriore riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL al 6,4%, soglia di allarme indicata dall'OCSE che potrebbe concretizzare un abbassamento della qualità delle prestazioni, una riduzione dell'accesso alle cure e, quindi, in prospettiva, una ridotta aspettativa di vita.

Ora attendiamo di conoscere se, rispetto alla dichiarata maggiore crescita del PIL, corrisponderà un'analoga revisione al rialzo della spesa sanitaria.

Già oggi assistiamo all'inarrestabile aumento dei tempi di attesa, legato alle carenze strutturali, alla ridotta offerta sanitaria, alla carenza di risorse umane, alla burocrazia e non certamente, come spesso superficialmente si afferma, alla libera professione dei medici. Tanto ha determinato un incremento dell'out of pocket quantificato in circa 34,5 mld./anno di cui l'87% è a carico dei cittadini italiani rispetto al 55% degli inglesi, al 60% dei tedeschi ed al 30% dei francesi. Soprattutto emerge la figura di un paziente che si rivolge sempre di più alla cosiddetta medicina low-cost senza considerare tutti coloro che hanno dichiarato di rinunciare alle cure.

La domanda che dobbiamo, quindi, chiederci: **che modello di welfare immagina la politica italiana per il futuro del nostro Paese?**

Un welfare Liberale tipico dei Paesi Anglosassoni, non universalistico, dove l'intervento dello Stato è residuale o un welfare Corporativo, tipico dei Paesi del Centro Europa, diretto ai lavoratori su accordi sociali o un welfare Socialdemocratico, tipico dei Paesi del Nord Europa, basato su criteri di cittadinanza?

CIMO ritiene che l'attuale sistema di protezione sociale italiano sia ancora valido, tuttavia occorre che la sanità non venga "collassata" dalla previdenza essendo diverse le funzioni e gli ambiti di operatività, nella consapevolezza che i servizi sanitari rappresentano una risorsa. Proprio per queste motivazioni occorre evitare il ritorno al vecchio sistema sanitario mutualistico, accantonato con la Legge 883/78 e rilanciare e migliorare l'attuale modello Beveridge basato sul diritto sociale del cittadino di avere buone condizioni di vita dalla culla alla morte.

Questo significa riaffermare il sistema universalistico delle cure attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza per tutti i cittadini e su tutto il territorio nazionale, ma, al tempo stesso, prendere atto che le risorse disponibili saranno sempre più insufficienti per cui occorre diversificare le fonti di finanziamento.

La recente indagine di GIMBE, sulla previsione di fabbisogno annuo di **210 miliardi** di euro per il 2025, indica un ulteriore significativo aumento della spesa privata a carico del cittadino con necessità di dover sostenere i nuovi bisogni assistenziali. Pur tuttavia, a differenza del Regno Unito da cui prende origine il modello sanitario Beveridge, il Secondo Pilastro dovrà essere di

natura integrativa e non sostitutiva e, in ogni caso, non complementare come in Germania e Francia.

Si rendono, pertanto, necessari numerosi interventi strutturali che dovranno interessare sia i Fondi sanitari che la fiscalità generale. Nel primo caso occorre regolamentare le attività dei Fondi ad iniziare dalla loro mission e vision fino a garantirne la loro solvibilità, al tempo stesso **occorre impedire che l'assistenza sanitaria integrativa sia surrogata da concrete forme di assistenza sostitutiva.** La finalità ultima dovrà essere quella di riposizionare i Fondi a favore delle prestazioni extra LEA, non più sostenibili da parte dello Stato, recuperando quell'87% dell'out of pocket, oggi a totale carico dei cittadini.

In questo contesto fattori quali la cronicità e la vecchiaia rappresentano elementi ineludibili su cui poter basare un sistema di protezione sociale che sia capace, da un lato, di investire in prevenzione e, dall'altro, di adottare modelli che soddisfino alle esigenze sociali e sanitarie in termini di cronicità e disabilità (Cronic Care Model) o di servizi diretti alle fasce più deboli e per un lungo periodo di tempo (Model Term Care). Al tempo stesso occorre rivedere il modello di ospedale definendo i modelli di organizzazione attraverso una forte dipartimentalizzazione improntata sulla gestione del governo clinico delle attività quale vera alternativa alla organizzazione degli ospedali per intensità di cure che spersonalizzano il paziente e chi lo cura.

Nella consapevolezza che l'attuale scenario è in forte evoluzione CIMO, tuttavia, ritiene che occorre evitare la commistione, in sanità, tra secondo (no profit) e terzo pilastro (profit); occorre evitare la cosiddetta comunity rating, ovvero la selezione del rischio da parte di chi si fa carico dell'assistenza sanitaria integrativa; occorre evitare che il secondo pilastro sia sostitutivo ai LEA; occorre evitare il ticket in partecipazione mutualistica.

La Politica deve dire con chiarezza quale saranno i futuri ruoli della sanità pubblica e privata.

La Politica deve dire se la sanità integrativa è una opportunità o un "cavallo di troia" per l'assistenza sostitutiva o complementare.

Ed alla Politica CIMO chiede, con forza, il mantenimento dell'attuale sistema universalistico la cui sostenibilità deve essere a garanzia dalla sanità pubblica anche se supportata, in talune condizioni, da forme di sanità integrativa.

Ultima considerazione. **CIMO ritiene fondamentale la stipula di accordi tra i Fondi integrativi e le strutture sanitarie pubbliche accreditate secondo nuovi standard** basati sui tempi di attesa e sulla qualità di prestazioni ed attraverso la diretta partecipazione del personale dipendente del SSN nella erogazione delle prestazioni aggiuntive, con le conseguenti ricadute in termini di compenso.

La Sanità e i suoi modelli organizzativi

È ancora possibile immaginare, oggi, una sanità italiana pubblica garante del diritto alla salute per tutti i cittadini?

All'interno del basso rapporto spesa sanitaria/PIL emerge un divario di spesa tra Regioni che raggiunge il 33,4% e tanto spiega le ampie disparità legate alla mobilità passiva di alcune Regioni, ai lunghi tempi di attesa per i ricoveri programmati o per le prestazioni ambulatoriali, fino alla rinuncia alle cure.

Ventuno sanità regionali diverse, ventuno modelli organizzativi differenti, dove la spesa corrente della sanità pesa mediamente nella misura del 72,9% dei bilanci regionali e, soprattutto, dove l'autoreferenzialità delle Regioni prende il sopravvento sugli interessi nazionali.

Nella Vertenza Salute del 2016 abbiamo denunciato, insieme alle altre Organizzazioni Sindacali, l'incapacità di superare un modello di sanità a pezzi per "garantire una omogenea esigibilità del diritto alla salute in tutto il Paese", ma, il referendum del 4 dicembre 2016 ha, per ora, definitivamente accantonato la modifica del Titolo V della Costituzione.

Occorre, pertanto, che lo Stato intervenga nelle Regioni che non garantiscono il diritto alla salute esercitando, attraverso la clausola di supremazia, il potere sostitutivo al fine di garantire che tutti i cittadini abbiano la stessa qualità dei servizi.

Riconosciamo al Ministero della Salute la capacità di aver emanato importanti provvedimenti legislativi ad iniziare dai LEA, garanti del principio di equità tra tutti i cittadini italiani, fino al Patto per la Salute che, attraverso l'accordo finanziario e programmatico triennale tra Governo e Regioni, ha cercato di mettere ordine su importanti tematiche quali la riforma delle cure primarie, il Piano delle cronicità, la rete dell'emergenza-urgenza, la valorizzazione dei ruoli e delle competenze; tuttavia le "buone intenzioni" sono state clamorosamente smentite dalle finanziarie di questi anni, in altre parole **i patti stipulati sono disattesi** da chi dovrebbe dare loro sostanza normativa. E, allora, è reale il rischio di aumentare le diseguaglianze tra i cittadini e di accentuare gli effetti distorsivi di una sanità poco generosa nei confronti dei più deboli.

Oggi tutti gli strumenti legislativi sono indirizzati nell'ottica di una convergenza tra quella che è considerata una sanità di "attesa" e quella che si definisce una sanità di "iniziativa". Un cambiamento di paradigma complesso che tende a far conciliare la sanità basata sulla malattia, sugli individui, sull'ospedale, sulle attività specialistiche, sui sintomi e sulla terapia con la sanità centrata sulla persona, sulle cure primarie, sui bisogni di salute della comunità e sulla prevenzione.

Ma il vero vulnus è insito nelle politiche regionali che rendono del tutto inattuabili, sul campo, un vero approccio d'insieme al malato attraverso modelli assistenziali omogenei su tutto il territorio nazionale.

L'assistenza ospedaliera

In questi anni abbiamo assistito ad una diversa allocazione di risorse tra ospedale e territorio per due ordini di motivazioni: innanzitutto il contesto epidemiologico, rivolto principalmente all'aumento delle cronicità; in secondo luogo, la possibilità di standardizzare le attività ospedaliere per ridurne la spesa sanitaria.

CIMO contesta le modalità censorie di finanza pubblica che hanno facilitato quasi esclusivamente il costo del personale e l'offerta sanitaria. Si è fatta molta demagogia sui risparmi derivanti dalla riduzione del numero di direttori e responsabili di struttura, ma non si è detto, a chiare lettere, che gli interventi erano finalizzati al **taglio di linee produttive, perché occorreva ridurre l'offerta sanitaria.**

Nel frattempo la progressiva deospedalizzazione ha portato l'Italia ad avere il più basso tasso di posti letto della UE ed il mancato turnover del personale sanitario ha creato sacche di precariato nel tentativo di sostituire i medici con professionisti sanitari a più basso costo.

Oggi gli ospedali italiani sono in profonda crisi a causa del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, dei lunghi tempi di attesa che, ribadiamo, sono legati alle disorganizzazioni e non ai professionisti; tutto ciò ha generato sfiducia nei pazienti facendo lievitare, in modo incontrollato, il contezioso in sede penale e civile e peggio contribuendo a causare l'aumento esponenziale delle aggressioni al personale sanitario nei Pronto Soccorso italiani, veri e propri posti di frontiera ove chi svolge il proprio compito rischia davvero sulla propria pelle.

Ogni Regione ha implementato modelli organizzativi diversi tra loro ma, intanto, la profonda e continua evoluzione della organizzazione ospedaliera, unitamente ad un diverso concetto di ospedale che pone al centro i bisogni di salute della persona, necessita di certezze e le certezze non possono che derivare dalla implementazione di modelli organizzativi che assicurino un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale assegnando, ai professionisti della salute, analoghe certezze di ruoli e responsabilità.

In occasione della 3° Conferenza Nazionale della Professione Medica ed Odontoiatrica, tenutasi a Rimini nel maggio del 2016, ho avuto l'onore di essere delegato a relazionare sul documento prodotto dal gruppo di lavoro dedicato ai processi organizzativi dell'ospedalità futura. Sono fortemente convinto dell'attualità della tematica e soprattutto delle linee di indirizzo contenute nel documento.

Come non ridefinire una nuova mission ed una nuova vision che veda l'ospedale moderno quale struttura di riferimento per la diagnosi e cura dei casi acuti e complessi con forte integrazione con i servizi territoriali a garanzia della continuità delle cure?

Sanità e modelli organizzativi

Come non riaffermare il principio della centralità del paziente attraverso un'assistenza personalizzata correlata a percorsi integrati multidisciplinari e multiprofessionali, con prestazioni appropriate e corretto uso delle risorse?

Come non considerare obiettivo prioritario, per ogni struttura ospedaliera, l'ottimizzazione della rete con ammodernamento dei presidi, l'innovazione dei processi di cura attraverso le tecnologie sanitarie avanzate, l'umanizzazione, la qualità e la sicurezza delle cure?

Ma per raggiungere questi obiettivi occorre che le risorse finalizzate a garantire l'assistenza ospedaliera non devono più essere oggetto di tagli lineari ma commisurate alle esigenze effettive commisurate alla reale complessità della struttura, delle patologie trattate, agli esiti di salute. Questo è il motivo per il quale la medicina ospedaliera non può essere più ostaggio di budget virtuali, ma occorre ridefinire il rapporto tra costi, variabilità clinica, esiti di salute e sicurezza delle cure.

Non è più tempo di ospedali piccoli ed insicuri, come non è più tempo di medici che lavorano su più presidi ospedalieri distanti decine di chilometri tra loro. L'ospedale deve essere un luogo sicuro sia per i pazienti che per gli stessi operatori sanitari; ma, soprattutto, non è più rinviabile l'implementazione di un modello di organizzazione che rappresenti la sintesi delle attuali "best organization" di ciascuna Regione.

Che si tratti di ospedali organizzati per intensità di cure o per agglomerati funzionali omogenei o per dipartimenti, emerge la consapevolezza di dover chiarire le "regole del gioco" che sono alla base delle dinamiche interne di ogni attività ospedaliera, "regole" che devono essere applicate in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale con particolare riferimento a chi fa cosa tra tutti i professionisti coinvolti.

In questa ottica occorre tenere conto dei percorsi integrati realizzati da professionisti con profili formativi diversi tra loro e tanto è sufficiente a chiarire, in modo definitivo, i ruoli e le responsabilità di ciascuno di essi attraverso il superamento del comma 566 della Legge di Stabilità 2014, di per se mal scritto ed inapplicabile, e la valorizzazione dei professionisti della salute secondo i principi contenuti nell'art. 22 per Patto della Salute 2014-2016.

CIMO ritiene imprescindibile la centralità del ruolo medico nella diagnosi, cura e riabilitazione del paziente e la sua diretta responsabilità nella governance delle strutture. Ad una forte impronta professionale deve corrispondere la capacità nel saper governare tutti quei processi che sottendono alla organizzazione del lavoro, alla gestione delle risorse umane e strumentali, alla formazione del personale fino ai processi di valutazione. Per queste motivazioni il nuovo modello organizzativo ospedaliero deve essere funzionale ad un nuovo percorso di carriera del medico di natura sia gestionale che professionale, finalizzato, tuttavia, a valorizzare gli aspetti professionali.

All'ospedale moderno si chiede, infine, appropriatezza ed affidabilità, nonché, laddove necessario rinnovamento strutturale e tecnologico, ma, soprattutto, maggior impegno nella ricerca scientifica ed un vero ammodernamento della formazione professionale che non può essere limitata al solo aggiornamento continuo.

Infine un'ultima considerazione sul modello di ospedale e sugli standard previsti dal DM 70/15. **Innanzitutto abbandoniamo le "mode" e concentriamoci su cose concrete e realizzabili.** Il D.Lvo 502/92 prevedeva un'organizzazione dipartimentale che di fatto non è mai decollata, tuttavia si è voluto andare oltre per motivi di cassa ricercando modelli organizzativi meno costosi che hanno portato ad accentrare strutture, tecnologie, posti letto e competenze. Non è l'ennesima polemica verso l'ospedale per intensità di cura ma sta di fatto che il modello è adattabile in poche realtà ed in strutture costruite per tale finalità.

Significativa è l'indagine condotta da ASSOBIOMEDICA: su 576 strutture ospedaliere, solo 124 hanno dichiarato che intendono progettare/adottare il modello per intensità di cura, ma solo in 37 lo hanno attivato su 2, 3 o 4 livelli di intensità. Ulteriore elemento di riflessione è dato dal fatto che il 90% degli ospedali interessati sono stati ristrutturati o sono di nuova costruzione.

Possiamo, quindi, ancora permetterci di giocare al "monopoli"? Non sarebbe più efficace concentrare le risorse per rendere i dipartimenti davvero funzionali ed operativi?

Non si può imporre una standardizzazione della rete ospedaliera su bacini di utenza, immaginando di introdurre strumenti di valutazione basati su volumi ed esiti attraverso modelli assistenziali difficilmente realizzabili senza aver definito, a monte, il reale fabbisogno di personale e di competenze sanitarie rispetto alle attività che si andranno ad erogare.

La medicina del territorio

La medicina del territorio giuoca un ruolo fondamentale per il futuro del nostro SSN per ovvi motivi legati all'allungamento della vita media dei cittadini fino alle cronicità, disabilità ed alle non autosufficienze. CREA Sanità ha stimato, nell'ultimo decennio, un incremento del 25% della popolazione over 75 ed un contestuale incremento del 45,7% dei soggetti in cattiva salute. Il dato appare allarmante perché conferma la convergenza verso gli altri Paesi della UE ma, soprattutto, fa emergere una condizione di disparità tra ceti, tanto che il 5° quantile, il più ricco, ha condizioni di salute significativamente migliori rispetto agli altri ed il 3° e 4° quantile, ovvero il ceto medio, mostra le performance peggiori.

Questo è il motivo per il quale occorre accelerare sulle Cure Primarie; potenziare l'Assistenza Domiciliare Residenziale e Semiresidenziale; implementare, in ambito distrettuale, nuovi standard organizzativi per meglio orientare il proprio ruolo strategico nella costituzione di rete assi-

stenziali a baricentro territoriale e, infine, rendere finalmente operativo il Piano Nazionale delle Cronicità, oggi solo teorico per la mancanza di risorse.

Tutto questo per contribuire a ridurre i tassi di ricovero e degli accessi impropri al DEA attraverso modelli assistenziali quali il Chronic Care Model, la Piramide di Kaiser e la Piramide del rischio, introdotta già in Veneto, che adotta il sistema Acg (Adjusted clinical groups) classificando la popolazione per livello di complessità assistenziale a partire dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso soggetto. Le risorse impiegate sarebbero certamente compensate dalla riduzione dei costi ospedalieri ed intraospedalieri con «percorsi di cura dell'acuzie nella cronicità» definiti a priori, e individuati con l'adozione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), molto raccomandati, seppure solo dottrinalmente, nel Piano Nazionale della Cronicità.

Il Distretto potrà essere il luogo privilegiato dell'integrazione, professionale e anche sindacale. Professionale perché il lavoro nel Distretto si caratterizza per la co-presenza di più figure professionali intorno alla persona da curare; Sindacale perché nel distretto si può realizzare l'integrazione dei medici della dipendenza con i medici della convenzione, dei medici generalisti con i medici specialisti, degli specialisti ospedalieri con gli specialisti della convenzione.

In particolare, nell'area dell'assistenza "intermedia", esistono le condizioni per la discussione di regole da condividere sia nel contratto della dipendenza che nella convenzione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Il Distretto, per la specificità delle condizioni di lavoro che si creano, può essere anche il banco di prova per una vera integrazione fra le varie figure professionali, con minore occasione di conflitto rispetto a quanto si può realizzare in ospedale.

Ma per le caratteristiche che lo contraddistinguono, la sua direzione deve ancora essere prioritariamente riservata al medico, garante dell'applicazione dei modelli assistenziali che fanno della diagnosi l'elemento di discrimine.

Il sistema di emergenza e urgenza

Il sistema d'emergenza-urgenza ha compiuto quest'anno, i suoi primi 25 anni. Rappresenta certamente uno degli ambiti più critici del SSN, perché opera in una "terra di nessuno o di tutti" tra l'ospedale e il territorio, spesso emarginato dalle politiche sanitarie, è investito da ruoli complessi senza poter assumerne la leadership ed è costretto a fare il "lavoro sporco" senza alcun legittimo riconoscimento, anzi sopportandone principalmente e pressoché in esclusiva tutti i rischi.

Eppure esistono situazioni critiche che vanno dall'immigrazione, ai terremoti, ai dissesti idrogeologici, al terrorismo, agli stessi improvvisi e gravi accidenti quotidiani e tanto è sufficiente per

rendere strategico ogni intervento nel settore. Se la sanità sta cambiando attraverso gli standard ospedalieri, le reti assistenziali e le cure primarie, allora il sistema di emergenza-urgenza deve sviluppare analoghe capacità di risposta ai bisogni di salute, ma, questa volta, con pari dignità, uscendo dalle attuali ambiguità organizzative, allocative e, soprattutto, di natura giuridica legate allo status del medico.

Occorre, pertanto, eliminare le attuali criticità nella gestione del paziente che si originano dalle prime fasi di "presa in carico" e, a valle, si amplificano a causa dei non uniformi percorsi assistenziali tra territorio ed ospedale o tra ospedale ed ospedale, senza considerare le attuali problematiche legate agli ambiti della formazione, accreditamento e sviluppo continuo della qualità. Patto della Salute e DM 70/15 non hanno inciso in modo adeguato sui punti di debolezza del sistema perché si continua a proporre un sistema di emergenza-urgenza "spacchettato" in Centrale Operativa, rete ospedaliera dell'emergenza e rete territoriale dell'emergenza, senza considerare le reti per patologie tempo-dipendenti quali l'ictus, l'IMA ed il trauma. Alle disfunzioni organizzative fa da degno contraltare la mancanza di una vera integrazione tra le diverse figure professionali che lavorano nelle Centrali Operative, sui mezzi di soccorso, nei Pronto Soccorso, inclusi Triage e OBI.

È giunto, invece, il momento di garantire la figura di un medico che sia inquadrato in un ruolo unico e che si dedichi a tempo pieno dalla presa in carico del paziente, alla sua gestione, fino al trattamento delle patologie e dei traumi tempo-dipendenti. Tale condizione garantirebbe il superamento dell'attuale organizzazione che vede operare nell'emergenza medici dipendenti e convenzionati, medici di varia estrazione specialistica o addirittura medici privi di specializzazione.

Analogo discorso riguarda i processi organizzativi. Se, fino ad oggi, la gestione del paziente acuto è avvenuta in ambiti o modelli diversi tra le varie realtà territoriali e ospedaliere regionali e tra le stesse Aziende Sanitarie, creando eterogenee risposte al soccorso sanitario, è finalmente giunto il momento di dotare il nostro Paese di una **rete unica dell'emergenza** soprattutto a garanzia della uniformità dell'assistenza.

Ovviamente il percorso necessita anche di ulteriori sviluppi ad iniziare dalla formazione e, in tal senso, l'avvento della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza, seppur non riesca ancora a formare un adeguato numero di specialisti, ha rappresentato un passo fondamentale nell'ottica di una moderna visione del settore.

Immaginare che la politica nazionale e regionale riconosca pari dignità al sistema emergenza-urgenza, rispetto agli altri Livelli di Assistenza, è semplicemente un atto di civiltà.

La professione del medico

Riprendo alcune mie considerazioni pubblicate qualche tempo fa e che ritengo di estrema attualità. Dicevo: *"il medico vive, oggi, uno stato di profondo disagio, sembra aver perso la propria identità, lavora in condizioni rischiose perché, in questi anni, è stato costretto ad assumere una doppia entità: da un lato i doveri professionali e deontologici, che richiedono una forte autonomia sia tecnica che professionale nella diagnosi, cura e riabilitazione del paziente (… ed in epoca di spending review, emerge sempre più evidente il rapporto conflittuale tra economia e deontologia) e, dall'altro, per i medici della dipendenza, i doveri di dirigente pubblico che, come tale, deve sottostare alle comuni regole della Pubblica Amministrazione che non sono improntate su questioni di natura tecnica ma, prevalentemente, su aspetti di natura economica e gestionale".*

Nella PA la forte connotazione gestionale, attribuita dai D.Lgs. 502/92 e 29/93, ha progressivamente ridimensionato gli aspetti professionali svilendo il lavoro del medico. Ma, intanto, il venir meno della separazione tra organo politico ed organo dirigenziale e, con la privatizzazione del rapporto di lavoro che sancisce la "relazione fiduciaria tra politica ed alta burocrazia", il medico si trova, oggi, a dover fronteggiare la "fidelizzazione delle figure apicali" ipotizzata dalla Conferenza delle Regioni assistendo, impotente, alla revoca degli incarichi anche in presenza di una valutazione positiva (D.Lgs. 150/09).

Un ricatto inaccettabile che ha aperto definitivamente la strada alla cosiddetta medicina amministrata.

Questo è il motivo per il quale si avverte la necessità di passare da una logica gestionale ad una logica professionale attraverso l'implementazione di processi professionali finalizzati all'autonomia ed al raggiungimento di standard clinico-assistenziali.

Nel maggio del 2014 CIMO ha presentato un progetto di sviluppo della carriera del medico che è stato condiviso da più stakeholders ma che è realizzabile solo attraverso l'attuazione dell'art. 22 del Patto della Salute. È un progetto che, attraverso un doppio percorso gestionale e professionale, non parallelo ma strettamente collegato tra loro, tende a superare l'attuale appiattimento della carriera medica nel tentativo di offrire una vera motivazione professionali per chi lavora nel SSN.

In sostanza un sistema di carriera "dinamico" che preveda una progressione verticale, legata alla valorizzazione del percorso professionale, ma anche una progressione orizzontale derivante dal raggiungimento periodico degli obiettivi assegnati.

A questo punto CIMO ritiene doveroso chiarire anche i rapporti con le altre professioni sanitarie. Non è immaginabile la figura di medico autoreferenziale il cui rapporto con il paziente è avulso dal restante contesto che vede la qualificata presenza di altri professionisti della salute soprattutto in contesti particolari dove il lavoro in equipe è fondamentale

nei processi clinico-assistenziali. Tuttavia il rapporto fiduciario tra il paziente ed il medico rappresenta una condizione ineludibile, non solo per gli aspetti deontologici e giuridici ma, soprattutto, per poter garantire al professionista quella necessaria autonomia nella diagnosi e cura secondo scienza e coscienza. Il concetto della centralità del medico è insito proprio nell'assunzione di una responsabilità che è unica nella strategia diagnostica, e/o terapeutica, e/o riabilitativa; ovvero della scelta del miglior percorso clinico a favore del paziente.

Un concetto, questo, che rappresenta l'identità del ruolo medico all'interno del fondamentale lavoro di equipe unitamente alle altre professioni sanitarie nel rispetto del reciproco principio di affidamento.

Il precariato medico

Sarebbe troppo facile fare demagogia su di un tema così delicato che "travolge" la vita di decine di migliaia di giovani medici, la cui sventura è stata quella di raggiungere la laurea in medicina e chirurgia o la specializzazione di branca in un momento storico così difficile per la sanità italiana, preda di interessi economici e corporativi che poco hanno a che fare con i bisogni di salute dei cittadini e con il lavoro di tutti gli operatori sanitari.

Si conosce il fenomeno ma non c'è un progetto organico che dia risposte concrete ai bisogni dei giovani colleghi; nessuna soluzione che scongiuri quel "salto generazionale" che è presente in settori come, ad esempio, la chirurgia dove l'attività sul campo e la casistica sono elementi ineludibili alla crescita professionale del medico rispetto alle sterili lezioni teoriche nelle aule universitarie.

Un paradosso tutto italiano che vede, da un lato, lo spettro di una carenza dei medici nei prossimi anni ma, al tempo stesso, un aumento esponenziale dei medici disoccupati o sottooccupati.

EUROSTAT ci ricorda, infatti, che l'Italia ha registrato, nel 2014, la percentuale più elevata in Europa dei medici con più di 55 anni (il 52%) rispetto al Regno Unito (13%), alla Germania, Franca ed Ungheria (40%-46%) e la FNOMCeO ha stimato, in circa 110.000, i medici che cesseranno dal servizio nei prossimi 10 anni.

Ciò nonostante il mondo del precariato è esploso in modo incontrollato a causa del fallimento della programmazione, dei tagli alla sanità e del blocco del turnover. L'attuale sistema ha creato un doppio imbuto: si stima in circa 22.000 i medici neolaureati che, nei prossimi 5 anni, non potranno avere accesso alle scuole di specializzazione, medici che andranno ad aggiungersi agli oltre 10.000 specialisti precari in attesa di un lavoro stabile.

La professione del medico

Occorre, quindi, una urgente riforma strutturale che si sostanzia: nella certezza dei tempi e dei percorsi, nella revisione dell'attuale disequilibrio tra fabbisogni formativi e mercato del lavoro ed in nuove modalità di accesso al SSN.

Nel primo caso basta davvero poco per non tradire le nuove generazioni di medici: una laurea abilitante, che da subito permetta di esercitare la professione; il concorso nazionale di specialità e i bandi regionali per la medicina di base, con data certa e il più vicino possibile alla prima sessione di laurea; concorsi da espletare in tempi certi. In questo modo si lancerebbe, nell'immediato, un iniziale forte segnale ai giovani colleghi, fatto di certezze e non di aspettative tradite; di regole rispettate e non aggirate; di riconoscimento di un percorso di studi lungo e difficile, senza continui rinvii legati alle esigenze della politica e finanza pubblica.

Occorre, inoltre, definire periodicamente il fabbisogno di personale sanitario nel SSN anche attraverso gli standard di cui al DM 70/15 e, a cascata, "calibrare" il numero di accessi a medicina ed alle scuole di specializzazione. La richiesta sembrerebbe ovvia ma le politiche di risparmio delle Regioni impediscono l'assunzione dei medici al di là dei vari blocchi del turnover.

La recente indagine dell'Osservatorio Nazionale della formazione specialistica ha bocciato una su dieci delle 1.433 scuole di specializzazione. Anche questo sembra un segnale nella direzione del necessario cambiamento, consentendo – in modo puntuale – che anche l'ospedale possa contribuire alla formazione di specialisti quantomeno per la parte in cui l'esperienza clinica possa saggiare sul campo l'insegnamento teorico. Ed ancora: che la formazione specialistica possa essere compiuta anche grazie a finanziamenti regionali in modo da non disperdere nessuna delle potenzialità formative per miopi ragioni di bottega o di finanziamenti insufficienti.

Resta, infine, il vero problema dell'accesso al SSN.

Innanzitutto occorre dare sollecito seguito alle norme vigenti (DPCM e Leggi di Bilancio) con il rapido espletamento di concorsi che consentano la stabilizzazione dei titolari di contratti atipici e le assunzioni necessarie al SSN.

Al medico specialista, vincitore di concorso pubblico, va l'affidamento fin dal momento dell'assunzione, di un incarico professionale di cui alla lett. c) art. 27 del CCNL con superamento del primo inquadramento nella posizione di medico in formazione.

Va prevista, inoltre, l'assunzione, con concorso pubblico e limitatamente ad una percentuale predefinita, di medici non specialisti o specializzandi nelle aree funzionali di medicina e di chirurgia con inquadramento dirigenziale alla lett. d) art, 27 del CCNL e possibilità di

completare il percorso specialistico nelle strutture sanitarie per la successiva progressione di carriera.

In ogni caso CIMO rifiuta qualsiasi ipotesi di inquadramento dei giovani medici in un livello che non sia di tipo dirigenziale.

Occorre, quindi, come sostiene il Ministro della Salute, "tornare ad investire sul capitale umano" nella consapevolezza che senza il necessario ricambio generazionale, il sistema salute del nostro Paese è destinato ad implodere.

Ai Sindacati spetta il compito di ascoltare i giovani colleghi senza cavalcare facili demagogie; interpretare i loro bisogni, condividere i loro progetti, sostenere le loro aspettative, nella consapevolezza anche delle attuali difficoltà in cui versa il nostro SSN.

La formazione del medico dipendente

La formazione è un diritto-dovere di tutti coloro, primi fra tutti i medici, che debbono garantire la salute al cittadino, ma è anche un'opportunità per l'Azienda di migliorare la propria offerta sanitaria in linea con l'evoluzione tecnologica, attraverso professionisti sempre più qualificati.

Purtroppo le Aziende investono sempre di meno nella formazione del personale e, come dimostrato da CIMO, esiste un'estrema disparità tra le Regioni d'Italia e tra le stesse aziende all'interno della stessa Regione.

Paradossalmente, ci troviamo di fronte ad un vero e proprio ribaltamento dei ruoli: da una parte è specifico compito dell'Azienda assicurare la formazione del personale sanitario, partendo da un'analisi dei bisogni formativi individuali e di equipe, sempre in un'ottica di interesse aziendale per definire il piano formativo; dall'altra la stessa Azienda, sempre in maniera più diffusa, è inadempiente a tale obbligo con la conseguenza che il medico è costretto a trovare, nei piccoli spazi temporali disponibili, momenti di formazione. La penuria di personale e le esigenze prestazionali rubano il tempo che lo stesso CCNL destina alla formazione.

CIMO ritiene che, in questo contesto, le Società Scientifiche debbano assumere un ruolo fondamentale quali attori principali della formazione continua dei medici per cui auspica una maggiore condivisione di obiettivi comuni tra Sindacato e le stesse Società Scientifiche, ferme le peculiarità di ciascuno.

Ovviamente il contesto è quello della dipendenza del SSN che necessita di un profondo cambiamento culturale finalizzato a garantire una formazione continua che vada oltre i cre-

diti ECM attraverso l'utilizzo di strumenti oggi poco praticati quali: la formazione sul campo, il mantenimento delle competenze, il retraining, ecc. L'obiettivo finale è certamente quello di perseguire una reale valorizzazione della professione del medico che presto dovrà confrontarsi con indicatori standard, volumi ed esiti.

Il Ministro della Salute si era fatto carico di inserire, nel Patto per la Salute, l'art. 22 che prevedeva un DDL Delega per ridefinire formazione, accesso, carriera dei medici e della dirigenza sanitaria; tuttavia il percorso, nonostante i sindacati medici avessero fattivamente contribuito al testo, è stato interrotto, dopo mesi di trattativa, nel luglio 2016 a causa delle posizioni inconciliabili tra MIUR e Regioni sulle modalità dell'accesso al SSN, con la conseguenza di affossare tutto, comprese le questioni ampiamente condivise da tutti.

Ciò a conferma che la Sanità non può rientrare nelle competenze di troppi attori (MIUR, Funzione Pubblica, Salute e Regioni) senza un coordinamento unitario e forte da parte del Ministero a cui è affidata la tutela della salute prevista dall'art. 32 della Costituzione.

La libera professione

La Libera Professione del medico – **che è e che rimane un diritto** - è sempre stata oggetto di pregiudizi e battaglie ideologiche tese a distogliere le attenzioni dai veri problemi della sanità legati alla sostenibilità, alle diseguaglianze ed all'accesso alle cure; addirittura c'è chi sostiene che l'abolizione della stessa garantirà finalmente l'eliminazione dei tempi di attesa.

In realtà, oltre le chiare motivazioni di natura economica e privatistica, si vuole definitivamente eliminare quel rapporto fiduciario tra medico e paziente che è rimasto in vita solo attraverso la libera professione e che oggi rappresenta l'unica garanzia di tutela del diritto del paziente a scegliere il medico curante.

Di recente il Parlamento ha trovato il tempo di occuparsi, con ben 12 Mozioni, della questione libera professione collegata alle liste di attesa ed ha rimarcato alcuni concetti essenziali: realizzare e varare un nuovo Piano Nazionale per il Governo dei tempi di attesa, rendere le liste di attesa parte integrante dei LEA ed oggetto di monitoraggio e valutazione sui direttori generali, costringere Regioni ed Aziende a garantire i servizi nell'attività istituzionale ed, in caso contrario, attivare la libera professione solo in intramoenia per una migliore gestione e controllo delle attività.

Ovviamente CIMO condivide la necessità di una migliore organizzazione del sistema, come condivide la necessità di implementare strumenti di monitoraggio delle attività e sostiene la richiesta di un impegno del Governo sia nel reperire risorse, affinché la spesa sanitaria

non si riduca rispetto al PIL, che nel superare in modo definitivo i blocchi di turn-over che rendono difficili anche la gestione delle liste d'attesa e dell'intramoenia.

Pur tuttavia CIMO ritiene del tutto ingiustificata l'ipotesi di intervenire con regole contrattuali più stringenti, a danno solo dei medici, in virtù di un pregiudizio che considera l'intramoenia l'unico strumento per aggirare le liste di attesa; soprattutto non condivide la previsione di eventuali forme di ulteriore penalizzazione se poi le inadempienze non sono dipendenti dalla volontà del medico.

Considerato che l'attuale previsione del rapporto spesa/PIL non ha mai raggiunto livelli così bassi, basta semplicemente dire al cittadino che il finanziamento del SSN non va oltre i limiti imposti dal Ministero dell'Economia e Finanza, che la cronica carenza di personale medico e sanitario non è risolvibile nell'immediato e che la conseguenza più logica è la contrazione dell'offerta sanitaria che genera, per ovvi motivi, un aumento fisiologico dei tempi di attesa.

E, allora, se davvero lo Stato ha interesse a ridurre i tempi di attesa, deve sgombrare il campo da pregiudizi, **deve sburocratizzare la macchina organizzativa** delle Aziende sanitarie, **deve eliminare il "pizzo" amministrativo** che il cittadino è costretto a pagare ogni qualvolta si rivolge al professionista, deve assicurare una maggiore competitività delle strutture sanitarie per evitare ogni forma di sanità low cost anche allargando l'offerta sanitaria ai Fondi sanitari integrativi attraverso specifiche convenzioni con le strutture sanitarie pubbliche secondo nuovi standard che garantiscano tempi di attesa certi e qualità delle prestazioni.

Recuperare un corretto rapporto medico paziente non conviene (solo) alla nostra Categoria ma conviene al Paese se teniamo davvero alla sostenibilità del nostro SSN.

La responsabilità professionale e le tutele assicurative

È prematuro dare un giudizio compiuto sulla Legge Gelli, fatto sta che dopo un sofferto iter che è durato oltre 10 anni, finalmente il Parlamento ha inquadrato, da un punto di vista legislativo, una materia fin troppo delicata che ha condizionato e condiziona tutt'oggi la vita lavorativa dei medici italiani, oltre ad essere fonte di enormi e dispendiosi contenziosi in sede civile e penale.

Purtroppo la fase attuativa della Legge sarà a costo zero, nonostante gli adempimenti a cui sono chiamate le Aziende sanitarie e questo rappresenta un campanello di allarme di non poco conto. Da qui la primaria esigenza che i Sindacati, CIMO per prima, vigilino atten-

tamente sulla modalità con cui gli obblighi assicurativi, imposti dalla legge alle Aziende, saranno ottemperati da queste ultime.

Ci sono altri aspetti della legge che convincono poco anche se si sottolinea l'elemento di chiarezza che essa introduce, ovvero che la sicurezza delle cure (per chi le pratica e chi le riceve) è una componente essenziale del diritto alla salute.

Troppo timida ed ancora pasticciata, anche alla luce delle prime applicazioni giurisprudenziali, è la previsione della esclusione della responsabilità penale – per i soli casi di imperizia – con l'introduzione dell'art. 590 sexies cp; troppo vago e salvifico il richiamo al rispetto delle linee guida che da qualificate raccomandazioni assurgono al livello di risolutive giustificazioni del proprio agire; troppo generoso e velleitario il tentativo di vincolare ad un obbligo assicurativo quelle realtà aziendali che trovano nel loro deficit strutturale la ragione essenziale della non assicurabilità della loro attività.

Proprio la questione assicurazioni. Da un lato, la previsione dell'obbligo assicurativo del personale sanitario per i casi di colpa grave, cui non si accompagna analogo obbligo degli assicuratori di fornire copertura assicurativa a chi gliela richieda; d'altro lato, l'obbligo assicurativo degli enti che non "copre" i casi di condanna in solido ente/dipendente che espone, così, quest'ultimo al regresso del primo (se ha pagato e nei suoi limiti) anche per i casi di colpa lieve. Insomma, una occasione che, se non mancata, per molti versi discutibile. Ragione per la quale spetta al Sindacato di offrire ai propri iscritti gli elementi di chiarezza e le soluzioni assicurative che, nel rapporto qualità/prezzo, avvantaggino la prima almeno nella prospettiva di restituire al medico la serenità necessaria per affrontare quotidianamente una professione tanto affascinante quanto fatalmente rischiosa.

Il contratto di lavoro

Facciamo subito chiarezza sulla questione economica.

Il paradosso di voler premiare chi lavora senza risorse non incanta più nessuno; né incantano le "partite di giro" che imputano una parte degli incrementi contrattuali al salario accessorio il cui fondo tende ad "evaporare" dopo ogni finanziaria o ad ogni processo di ristrutturazione aziendale.

È l'ulteriore "spallata" alla classe dirigente del Paese che lavora nella PA, tesa ad una progressiva de-valorizzazione economica e professionale del lavoro; "spallata" che va oltre il blocco quasi decennale del CCNL e, oggi, si sostanzia in risibili incrementi contrattuali nel segno di una "Robin Hood" che, alla fine, rischia solo di creare conflitti sociali.

Ma chiarito questo aspetto veniamo agli aspetti giuridici del contratto. CIMO chiede al nuovo CCNL: certezza attuativa, spinta motivazionale, valorizzazione delle competenze e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Certezza attuativa del contratto di lavoro vuol dire: introdurre clausole e procedure che garantiscono l'efficacia e la cogenza degli accordi e che prevedono strumenti sanzionatori in caso di inosservanze o violazioni da parte delle Aziende. Il riferimento va alla costituzione trasparente ed utilizzo non discriminatorio dei Fondi contrattuali, alla mobilità del personale, alla corretta applicazione dell'ex art. 18, all'orario di lavoro, all'istituto della pronta disponibilità, all'affidamento e valutazione degli incarichi, alla immediata sostituzione delle vacanze e delle assenze, in specie per le colleghe in maternità, fino alle sanzioni disciplinari. È indubbio che la corretta applicazione degli accordi e la certezza dei tempi rappresentano gli unici strumenti di garanzia per un contratto di lavoro che va nuovamente riscritto per adeguarlo alle mutate esigenze, ma anche per evitare che Regioni ed Aziende utilizzino le risorse del personale come bancomat immediatamente esigibile.

Spinta motivazionale vuol dire: sburocratizzare il lavoro del medico rendendolo più autonomo e meno amministrato sia nell'esercizio dei propri compiti istituzionali che nelle attività libero-professionali, oggi particolarmente penalizzate da problematiche di natura organizzativa e da costi di gestione che rendono la libera prestazione sanitaria non più competitiva. Ma la spinta motivazionale è strettamente legata alla carriera e, questa, non può continuare ad essere piatta. Occorre, pertanto, introdurre strumenti contrattuali in grado di riconoscere il lavoro del medico in termini di impegno, competenze e capacità individuali. Questo può avvenire solo attraverso il superamento dell'attuale sistema degli incarichi prevedendo un nuovo modello di carriera, gestionale e professionale, attuabile attraverso progressioni che non siano solo verticali ma anche orizzontali, escludendo che, a valutazioni positive, possano corrispondere incarichi in regressione.

Il contratto di lavoro

Valorizzazione delle competenze vuol dire: affidare incarichi di natura gestionale e professionale che esaltino le specifiche competenze del medico quale responsabile del governo clinico delle attività con trattamento economico correlato alla tipologia e complessità dell'incarico e implementazione di sistemi di valutazione delle competenze fondati su indicatori di appropriatezza, processo e risultato in una logica meritocratica, definiti a livello nazionale e integrati da indicatori regionali condivisi con le OO.SS.

Sicurezza dei luoghi di lavoro vuol dire: introdurre strumenti normativi che siano in grado di assicurare la sicurezza delle cure e degli stessi operatori sanitari. In questo caso giuoca un ruolo determinante l'organizzazione del lavoro e delle strutture ad iniziare dai carichi di lavoro fino ad alcuni importanti istituti contrattuali quali: l'orario di lavoro, la pronta disponibilità, gli straordinari, i riposi; secondo il principio per cui **non possono esistere sacche ingombranti di ore lavorative non pagate!**

Il CCNL deve, quindi, fedelmente applicare la direttiva europea 88/2003/CE e la Legge 161/2014 ribadendo la predeterminazione dell'orario di lavoro di 38 ore settimanali, di cui 4 da destinare alla formazione e all'aggiornamento, con esclusione dei direttori di UOC che sono esonerati dal vincolo orario. Al tempo stesso va ribadito il superamento della pronta disponibilità come strumento di continuità assistenziale; istituto che va abolito se programmato su più sedi; infine va garantito il riposo ed impedito l'utilizzo del lavoro straordinario come strumento di programmazione. Ma, andando oltre, è possibile garantire la sicurezza delle cure attraverso la standardizzazione delle prestazioni sanitarie attraverso tempari predefiniti secondo modalità che ricordano i "pit stop" automobilistici della Formula Uno?

Ancor di più quei processi organizzativi che prevedono la contemporanea presenza lavorativa del medico su più presidi anche a distanza di decine di chilometri tra loro senza alcun preventivo accordo sui tempi e modalità con grave rischio per la sicurezza dei pazienti e degli stessi colleghi medici. Il contratto individuale di lavoro deve puntualmente indicare la sede di lavoro e la struttura di assegnazione.

Per giunta l'Atto di Indirizzo sembrerebbe basarsi sul modello organizzativo per intensità di cura che è presente in pochissime realtà regionali e che stenta a realizzarsi per oggettivi problemi strutturali e funzionali. Certamente non è attuabile in tempi brevi su tutto il territorio nazionale ma, intanto, condiziona nell'immediato il lavoro dei medici e di tutto il personale sanitario che si troverebbero ad operare con regole avulse dai contesti organizzativi di gran parte delle Aziende sanitarie. In particolare emerge la mancanza di una chiara figura medica di riferimento per il paziente e un modello dipartimentale, mai attuato concretamente e presupposto indispensabile all'intensità di cura.

Il ruolo di CIMO

CIMO difende una professione, quella medica, che vive oggi un momento particolarmente difficile, perché fortemente indebolita dalla estrema frammentazione della categoria e dalla compattezza delle altre professioni sanitarie che sono alla ricerca di nuovi spazi di espansione sia gestionali che professionali.

Abbiamo scelto di essere CIMO il Sindacato dei Medici, di soli Medici, in un tempo di aggregazioni multi professionali.

È stata una scelta coraggiosa, di appartenenza, ma non di isolamento; una scelta che vuol chiarire, una volta per tutte, che i medici non necessitano della aggettivazione "dirigente" per assumersi la responsabilità dell'Atto Medico. Questo è il motivo per il quale **i medici non sono più disponibili ad essere considerati solo un numero utile a riempire una casella dei turni settimanali.**

Al medico manca, oggi, il giusto riconoscimento e la giusta valorizzazione del proprio lavoro e, per la dipendenza pubblica, una progressione di carriera che dia un concreto slancio alla professione. Si rende, pertanto, necessario un vero "cambio di rotta" che consenta al medico di governare e non subire i processi di cambiamento e ciò può avvenire non solo riaffermando la centralità del proprio ruolo nella diagnosi, terapia e riabilitazione del paziente, ma governando i processi clinici all'interno delle strutture sanitarie.

In questo contesto i ruoli della FNOMCeO, delle Organizzazioni Sindacali e delle Società Scientifiche sono ben definiti, ma l'attuale fragilità della Categoria rende ciascuno di essi uno Stakeholder vulnerabile incapace, cioè, di trarre vantaggio dalla buona riuscita della propria mission. Per rilanciare davvero la professione occorre una forte condivisione della mission, che si sostanzia nella difesa e rilancio della professione medica.

Spetterà, poi, a ciascun Stakeholder mettere in atto la propria vision secondo percorsi condivisi ma non sovrapposti.

L'attuale esperienza in APM, Alleanza per la Professione Medica, e la stabilizzazione del Patto Federativo con FESMED indicano chiaramente che la politica CIMO di questi anni è rivolta a tutti i medici con la finalità di promuovere e difendere, nel profilo giuridico di appartenenza, l'autonomia decisionale del medico; di esaltare le competenze professionali e gestionali anche mettendosi "in gioco" nei processi di valutazione/certificazione periodica e delle abilità professionali individuali; di perseguire un modello di valorizzazione professionale fondata su indicatori di appropriatezza, processo e risultato in una logica meritocratica; di rivendicare una corretta programmazione delle attività formative universitarie, dalle modalità di accesso al corso di laurea, alle specialità universitarie; di salvaguardare la libera professione medica dalla sempre più incombente pressione burocratica e fiscale.

Il ruolo di Cimo

La logica aggregativa, oltreché indotta dalle cose, è l'unica che può garantire dignità e prestigio ad una organizzazione sindacale di categoria.

Ma CIMO vuole andare oltre.

Vuole condividere azioni comuni con le Società Scientifiche nel formulare proposte che possano incidere positivamente sui processi organizzativi delle strutture sanitarie. Il know-how del mondo scientifico diventa elemento essenziale nei processi di analisi e proposta su tematiche di comune interesse quali, ad esempio, l'applicazione regionale degli standard ospedalieri (dal numero di strutture sanitarie, ai posti letto, ai volumi, gli esiti, alla casistica, ecc.), dei sistemi di accesso alle cure attraverso i LEA (dai DRG inappropriati, al delisting ambulatoriale, alla esclusione/inclusione delle prestazioni, ecc.), fino ai modelli di organizzazione dei servizi sanitari (ospedale per intensità di cura, riforma delle cure primarie, long term care, ecc.).

Al tempo stesso CIMO si propone come un interlocutore privilegiato nel rappresentare, in sede contrattuale, i bisogni della Comunità Scientifica attraverso soluzioni tese a valorizzare e difendere la professione medica. Ovviamente Sindacato e Società Scientifica conserveranno, ciascuna, la propria autonomia, ma saranno complementari l'uno all'altra su tematiche di comune interesse.

Una forte condivisione CIMO chiede anche alla FNOMCeO su tematiche che riguardano gli aspetti professionali e deontologici. Chiediamo ai medici una maggiore partecipazione alla vita dell'Ordine per interpretare al meglio il proprio ruolo nel lavoro di tutti i giorni; chiediamo di essere vigili nell'esercizio della professione nel pieno rispetto delle norme deontologiche; chiediamo di essere parte attiva nella formazione professionale.

Alla FNOMCeO, che in questi anni, attraverso la Conferenza Nazionale della professione medica, ha promosso iniziative finalizzate a dare al medico una nuova e più moderna identità, chiediamo di perseguire con maggiore slancio questo difficile lavoro di raccordo tra le varie "anime" della medicina attraverso azioni condivise ma nel pieno rispetto dell'autonomia dei ruoli.

Da alcuni anni aderiamo alla Confederazione CIDA e ad essa chiediamo un forte impegno politico sulle tematiche che riguardano la sanità italiana e la professione medica. Rappresentare oltre 130.000 dirigenti italiani che lavorano sia nel pubblico, che nel privato, che nel 3° settore rende CIDA un interlocutore privilegiato nei confronti della politica. L'impegno che chiediamo è quello di sostenere una politica sanitaria che rilanci l'attuale sistema universalistico dove i medici, siano essi dipendenti, o convenzionati, o liberi professionisti, possano essere messi nelle condizioni di poter esprimere, al meglio ed in autonomia, le proprie conoscenze e capacità a tutela dei diritti di salute dei cittadini.

Riscopriamo i valori antichi per essere protagonisti nella sanità del futuro

Un Sindacato che intende portare avanti un progetto che valorizzi la professione e la meritocrazia del medico deve essere credibile nelle proprie idee e nei propri obiettivi.

Questo è il motivo per il quale CIMO non difenderà mai i comportamenti e le azioni deontologicamente scorrette di coloro che compromettono l'immagine di un'intera categoria di professionisti soprattutto per la rilevanza mediatica che ci viene riservata.

Un Sindacato che pretende dalle Istituzioni regole certe, deve chiedere ai medici lo stesso rispetto delle regole ed è proprio per questo che CIMO non potrà e non dovrà fare "sconti" a nessuno: alla politica la cui ingerenza sulla sanità è sempre maggiore; a quei direttori generali che non rispettano i contratti di lavoro o che mortificano la professione del medico facilitando carriere non sempre trasparenti; agli stessi medici che, con comportamenti ed azioni deontologicamente scorrette, compromettono l'immagine di un'intera categoria.

Ogni giorno i medici costruiscono faticosamente la propria immagine di professionista affidabile attraverso il lavoro quotidiano fatto di centinaia di migliaia di ore di guardia, di milioni di prestazioni sanitarie; continuano ad essere esposti a turni stressanti a dispetto di qualunque Norma di Legge e, per giunta, sempre più spesso, subiscono aggressioni nei luoghi di lavoro.

Sono questi i Medici che CIMO intende tutelare.

Ma se vi sono delle regole, le stesse devono essere condivise per raggiungere comuni obiettivi per cui chiediamo:

- alle Istituzioni di valutare e, quindi, di valorizzare il lavoro medico per quello che fanno e per come lo fanno; soprattutto per i risultati raggiunti sotto il profilo, non solo, quantitativo ma anche qualitativo;
- ai colleghi medici di uscire da quelle logiche difensivistiche che ci hanno, in questi anni, penalizzato dando ragione proprio a chi non ha interesse a valorizzare la figura del medico.

Non può essere la difesa di qualche privilegio o di un piccolo potere gestionale a caratterizzarci ma la difesa di una figura professionale che ancora oggi è insostituibile per il suo grandissimo bagaglio di conoscenza e di quella sapienza, tramandata di generazione in generazione che si è costantemente evoluta nel tempo. È la difesa di quella deontologia medica che non potrà mai essere sostituita da un comma di Legge o da un cavillo legale.

Il ruolo di CIMO

Solo così avremo pieno titolo a riappropriarci di un ruolo che in parte ci hanno già sottratto e che altri ancora provano a strapparci.

CIMO si impegna ad essere sempre di più presente sul territorio, nelle Regioni e nelle Aziende per non lasciare soli i nostri dirigenti che, a causa del proprio mandato, operano in condizioni di criticità per situazioni conflittuali sempre più frequenti legate, e non solo, alla corretta applicazione del contratto di lavoro.

Conclusioni

Ci attende un futuro molto complesso e difficile perché si ha la percezione di navigare "a vista" su una barca che non ha una rotta.

Alla sanità manca un vero progetto che sia in grado di incardinare i bisogni di salute all'interno di un welfare che sta profondamente cambiando e che rischia di essere selettivo.

Un progetto che assicuri, ai cittadini, gli stessi diritti alle cure su tutto il territorio nazionale.

Un progetto che impedisca la frammentazione dei processi assistenziali fonte di diseguaglianze anche tra i pazienti della stessa Regione.

Un progetto che faccia chiarezza sui modelli assistenziali ospedalieri e territoriali senza inseguire mode indifendibili.

Un progetto che dia certezze e motivazioni ai professionisti della salute.

Un progetto che assicuri al medico quella necessaria autonomia nella diagnosi e cura del paziente.

La capacità, quindi, di dare concretezza e peso specifico ad un effettivo rilancio della sanità italiana dipende dalla Politica, dalle Istituzioni, dai Sindacati, dai Professionisti e dai Cittadini.

CIMO vuole, non solo, dare il proprio contributo ma essere protagonista del cambiamento assumendo quel ruolo che Berwick indica nei suoi studi sull'epidemiologia del cambiamento come "opinion leader".

Lo scrittore Denis Waitley ha detto che *"ci sono sempre due scelte nella vita: accettare le condizioni in cui viviamo o assumersi la responsabilità di cambiare".*

CIMO non intende accettare in modo passivo le condizioni in cui viviamo ma vuole offrire il proprio contributo propositivo ai processi di cambiamento per una sanità in profonda evoluzione, assumendosene in pieno le responsabilità che ne derivano.

Guido Quici
Presidente Nazionale CIMO

CIMO

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

tel. 06 6788404
fax 06 6780101
sede.nazionale@cimomedici.it
cimo@pec.cimomedici.it
www.cimomedici.it